Commission technique Euro-pharmat

Fiche Bon Usage

Pansements

Dispositifs associés à la Thérapie par Pression Négative (TPN)

Date de réactualisation :
14 juin 2014

C'est la description méthodique et chronologique des opérations successives à effectuer pour le bon usage du produit.

Domaine d'application

- Soins
- Chirurgie

Définition-abréviations

- Dispositif contrôlant le niveau d'aspiration des exsudats au sein de la plaie, par dépression.
- Synonymes : VAC, TPN, …
- Cladimed : F51AB
- GMDN : 36777 (pompe) – 34059 (kit de fermeture des plaies)
- Pansement primaire
- Classe IIb

Abréviations

- PUR : Polyuréthane
- PVA : polyvinylalcool
- PHMB : polyhexamethylbiguanide
- ABS : acrylonitrile butadiène styrène

Référentiels

Les référentiels réglementaires et normatifs existants	- HAS (ANAES) : conférence de consensus : prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé (novembre 2001) - HAS : prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement (juin 2006) - HAS : traitement des plaies par pression négative : des utilisations spécifiques et limitées (2011) - HAS : rapport d'évaluation des traitements de plaies par pression négative (janvier 2010)
Les recommandations de la notice d'utilisation du fabricant	Fiches techniques des fournisseurs : VAC® (KCI), Renasys® (Smith & Nephew/Blue Sky), Avance® (Molnlycke), Vivano® (Hartmann)…
Les bonnes pratiques de sociétés savantes	- Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations

Composition et description du produit dans son ensemble

Ce système est généralement constitué d'une pompe à dépression associée à différents consommables (mousse ou gaze, tubulure, réservoir, connecteur…). La mousse ou la gaze joue le rôle d'interface entre la plaie et le système d'aspiration produisant la dépression. Grâce à un film adhésif transparent, le pansement est maintenu sous dépression. La mousse ou la compresse est connectée à un port d'aspiration au réservoir collecteur des exsudats.

Les systèmes à pompe comprennent :

- Kit pansement : pansement (soit mousse soit gaze), un port d'aspiration/connexion avec tubulure de raccordement à la pompe, un film adhésif transparent
- Réservoir : capacité de 250, 300, 500,750,800 et 1000ml selon les modèles
- Accessoires : connecteur Y, renfort d'étanchéité (bande, pâte adhésive…), pansement de la famille des interfaces
- Pompe à dépression : (boîtier, batterie, écran)
    - Système portatif destiné à l'usage hospitalier ou ambulatoire
    - Mode alternatif ou continu selon les fabricants
    - Option de dépression : 25 à 200 mmHg.
    - Sur secteur ou autonomie variable selon les modèles : 2 à 14h
- Autres
    - Il peut être prescrit un pansement interface pour protéger le lit de la plaie du système de drainage (se reporter à la notice d'utilisation de la TPN pour connaitre les DM validés)

Un système actuellement commercialisé permettrait de s'abstenir de l'utilisation d'une pompe par branchement au vide mural de l'établissement via un manomètre.

Il existe également des pompes portables à usage unique permettant la sortie anticipée du patient (Pico®, VAC Via®..). De même un fournisseur met à disposition un système permettant l'instillation de la plaie en complément du drainage.

Matériaux	- Le Kit pansement comprend ° le pansement primaire o PUR ou PVA pour la mousse o coton pour la gaze ° un port d'aspiration/connexion (PVC, PUR, silicone) associé à la tubulure de raccordement à la pompe

Toutes les informations contenues dans ce document sont communiquées à titre purement informatif
et ne peuvent en rien engager la responsabilité d'EURO PHARMAT.

	○ un film adhésif transparent (PUR) - Accessoires : ○ connecteur Y (PP, PA, polymère ABS…) ○ bande ou pâte adhésive (hydrogel,silicone), ○ pansement interface.
Données géométriques	- Mousses tailles et matériaux divers ou rouleau de gaze. - Mousses abdominales « pieuvre » permettant l'enveloppement de viscères mis à nus. - Réservoir : capacité de 250, 300, 500,750, 800 et 1000ml selon les modèles
Propriétés	- Drainage des sérosités en système clos. - Mobilisation du liquide interstitiel par décompression tissulaire, réduction de l'œdème péri lésionnel et rapprochement des berges. - Préservation d'un milieu humide et tiède, stimulation de la néo-angiogénèse, amélioration de la perfusion dermique, mobilisation des facteurs de croissance et de défense, stimulation de la formation du tissu de granulation. - Comblement de la perte de substance par induction de tissu de granulation

Indications

Toute initiation de TPN doit être soumise à prescription médicale nominative

Plaies aigues, peut être utilisé en première intention

- Plaies aiguës traumatiques non suturables avec perte de substance étendue ou profonde
- exérèses chirurgicales avec pertes de substances étendues ou profondes (dont traitement de brûlure, Cellulite, gangrène de Fournier, maladie de Verneuil)
- désunions de plaies opératoires étendues et/ou de situations défavorables
- Désunions de lambeaux.

Plaies chroniques, en deuxième intention

- ulcères de jambes nécessitant une greffe cutanée
- escarres stades III et IV dans l'objectif de couverture chirurgicale
- plaies du pied diabétique avec perte de substance étendue et/ou profonde (mal perforant plantaire).
- Fistules explorées

Autres indications (non validées par l'HAS)

- Préparation au lambeau et à la greffe en filet et substitut dermique.

Contre-indications

Contre-indications

- Plaque de nécrose couvrant plus de 30% de la surface de la plaie.
- Plaque fibrineuse au-delà de 50% de la surface de la plaie.
- Saignement non maîtrisé (saignement en nappe suite à la détersion n'est pas une contre indication)
- Mise en place directe sur des vaisseaux sanguins exposés ou proche de tissus nobles
- Ostéomyélite non traitée
- Fistule non exclue
- Infection non contrôlée de la plaie
- Plaie cancéreuse (présence de tissu tumoral dans la plaie).
- Hypovascularisation périphérique
- Absence d'interface entre le tube digestif et le système de dépression

Mésusage

- Utilisation du vide murale en direct : niveau de dépression non maitrisée, et risque hémorragique pour le patient

Effets indésirables-Inconvénients

Effets indésirables

- Macération de la peau péri-lésionnelle
- Hémorragie locale
- Douleur du fait de la dépression exercée sur la plaie, mais aussi à la réfection du pansement.

Inconvénients

- Difficultés d'utilisation
- Asservissement malgré la miniaturisation du dispositif, risque de diminution de la déambulation des patients
- Soins infirmiers plus longs
- Coût de la technique, absence de remboursement

Mode d'emploi et /ou précautions d'emploi

La TPN exige une formation spécifique de tous les soignants. L'information du patient sur les objectifs du traitement, ses effets indésirables et ses contraintes est nécessaire.

Toutes les informations contenues dans ce document sont communiquées à titre purement informatif
et ne peuvent en rien engager la responsabilité d'EURO PHARMAT.

1/ Préparation de la plaie pour l'application du pansement. Cette préparation permet un drainage et une prise en charge efficaces. Elle consiste en :

- une détersion appropriée de la plaie
- l'obtention d'une hémostase
- un nettoyage de la plaie (selon le protocole en vigueur dans l'établissement).
- un rinçage avec de l'eau ou du sérum physiologique stérile.

2/ Préparation de la périphérie de la plaie. Cette étape a pour objectif d'assurer le maintien du film adhésif transparent sur la peau péri lésionnelle. Elle consiste en :

- un nettoyage et séchage des tissus ;
- l'application possible, à titre préventif, sur une peau saine mais fragile, d'un film barrière liquide ou pâte à l'eau ;
- l'application possible d'un pansement fin tel qu'un hydrocolloïde mince, ou un hydrogel (vacgel®) sur une peau lésée ou excoriée.

3/ Application de la mousse ou de la gaze. En fonction du type et de l'état de la plaie, choisir une mousse ou une gaze appropriée, conformément aux recommandations du fabricant.

Application de la mousse :

- Choisir une mousse dont la surface et l'épaisseur sont supérieures aux dimensions de la plaie.
- Laisser volontairement la mousse dépasser du plan cutané après application (hauteur du pansement).
- Ne pas tasser la mousse dans la plaie (toujours la mettre en place avec douceur) au risque d'empêcher le rapprochement des berges de la plaie et d'altérer la performance du drainage.

Par contre, découper les pourtours de la mousse pour l'adapter précisément à la surface de la plaie, à l'aide de ciseaux de grande taille ou d'un scalpel stérile. Frotter délicatement les bords nouvellement taillés afin d'éliminer toute particule pouvant s'en détacher.

- Ne pas découper ou frotter la mousse au-dessus de la plaie.
- Ne pas découper la mousse à des dimensions supérieures à celles de la plaie au risque d'excoriations et de lésions de la peau périphérique.
- Placer délicatement la mousse dans la cavité de la plaie en couvrant la totalité de la base et des côtés de celle-ci, les tunnels et les zones de décollement.
- Plusieurs pièces de mousse peuvent être nécessaires si la taille de la plaie excède celle de la mousse la plus grande. Dans ce cas, s'assurer que tous les bords adjacents des pièces de mousse sont en contact direct les uns avec les autres, afin d'obtenir une répartition homogène de la pression négative.
- Noter le nombre de pièces de mousse dans le dossier du patient en même temps que la date de réfection du pansement

Application de la gaze:

- Prendre 2 pièces de gaze adaptées aux volumes de la plaie. Les imprégner à saturation de sérum physiologique stérile.
- Continuer l'application en couche jusqu'à ce que la gaze remplisse complètement la plaie.
- Éviter de tasser la gaze dans la plaie.

4/ Mise en place du film adhésif transparent avec le système externe de drainage :

- Dimensionner et découper le film adhésif transparent, afin de couvrir le pansement et la peau péri lésionnelle sur 3 à 5 cm sur le pourtour de la plaie. La découpe du film en plus petites bandes peut faciliter son application
- Appliquer le film délicatement, sans traction, sur le pansement et les pourtours de la plaie, afin d'assurer une bonne étanchéité du système. Ne pas étirer le film ni le placer en tension sur la peau.
- Réaliser une ouverture sur le film de taille correspondant à la surface des perforations du port d'aspiration. Ne pas pratiquer de fente linéaire dans le film au risque d'empêcher la pression négative de s'exercer correctement sur la plaie.
- Recouvrir le port d'aspiration d'un nouveau film adhésif transparent.

5/ Raccordement du pansement au réservoir de recueil et à la pompe:

- Adapter le volume du réservoir choisi à la quantité attendue d'exsudat à recueillir. Attention aux réservoirs de volume important, l'alarme pouvant se déclencher trop tardivement en cas d'hémorragie.
- Raccorder la tubulure destinée à relier le réservoir de recueil au pansement directement au port d'aspiration.

6/ Mise en fonctionnement

- Connecter le réservoir à la pompe à dépression.
- Faire identifier le niveau de dépression à appliquer par le prescripteur. En général, la dépression à appliquer se situe entre -80 et -125 mmHg
- Se reporter à la notice d'utilisation du fabricant pour la mise en marche de la pompe (contrôle de la dépression, activation des alarmes, ...)
- Le pansement doit se rétracter dans la plaie en moins d'une minute lors de l'application de la dépression. Rechercher la présence d'un aspect dit « chiffonné » au niveau de la surface du pansement, indicateur du maintien d'une bonne aspiration.
- En cas de déclanchement d'alarme ou d'audition d'une fuite (de petites fuites peuvent créer des sifflements), renforcer l'étanchéité de la zone concernée à l'aide de film en PUR.

Sur des pansements circulaires de grande dimension pouvant entourer un membre, il est capital de palper les pouls distaux, afin de vérifier la perméabilité circulatoire.Il est important de demander au patient d'alerter l'équipe en cas d'éventuels ressentis d'engourdissements et/ou des picotements et/ou des douleurs. En cas d'effet garrot, arrêter le traitement et desserrer le film si les sensations persistent.

Les consommables sont captifs de la console, et donc non interchangeables.

7/ Surveillance et fréquence de changement :

- Dès la mise en route, vérifier l'étanchéité du montage, si besoin à l'aide d'un stéthoscope. En cas de fuite, un renfort

Toutes les informations contenues dans ce document sont communiquées à titre purement informatif
et ne peuvent en rien engager la responsabilité d'EURO PHARMAT.

d'étanchéité peut être appliqué.

- Vérifier régulièrement et enregistrer, à minima à chaque changement d'équipe, l'état du pansement et les exsudats recueillis (aspect, volume).
- Changement du pansement : en général : à renouveler toutes les 48 à 72h
- Changement du réservoir : lorsqu'il est plein ou 1 fois par semaine
- Arrêter la pompe au moins 1 heure avant le changement de pansement, afin que la mousse reprenne du volume, de façon à faciliter son retrait. Le non-respect de ce délai peut provoquer une douleur, voire une blessure hémorragique et retarder la cicatrisation. Une irrigation au sérum physiologique sur la mousse ou au travers de la tubulure de drainage, peut faciliter le retrait de la mousse.

8/ Durée d'utilisation:

- Arrêt immédiat du traitement en cas de présence de pus dans le réservoir, de saignement excessif, d'hématome sous le pansement, de douleurs inattendues.
- Réévaluation de l'intérêt de maintenir la technique à partir du 8ème jour, en fonction des résultats cliniques : profondeur, surface, volume de la plaie.
- si l'évolution est positive et suffisante conformément à l'objectif médical, arrêter le traitement : comblement adapté de la plaie, tissu de bourgeonnement suffisant, exsudation limitée pouvant être pris en charge par des pansements traditionnels, geste de fermeture chirurgicale envisageable (greffe, lambeau, ...).
- si l'évolution est négative ou insuffisante au bout de 10 à 15j, arrêter le traitement, sauf dans les plaies vasculaires d'amputation qui pourront nécessiter un délai de prise en charge plus long.

La durée maximale de traitement recommandée est de 30 jours, renouvelable une seule fois par le prescripteur initial.

9/ Précautions d'emploi :

- Proximité des vaisseaux, organes, zones sensibles : les protéger par un pansement de la famille interface non adhérent en contact direct avec le lit de la plaie.
- Pour réaliser l'interface ne pas utiliser un pansement dont les mailles sont trop larges (arrachage de bourgeons) et dont l'enduction (pansement gras) pourrait migrer dans la mousse ou le drain lors de l'aspiration.
- La présence d'un dispositif orthopédique dans la plaie n'est pas une contre-indication. Toutefois, une grande vigilance clinique s'impose pour prévenir tout risque d'ostéomyélite.
- Troubles de la coagulation (médicamenteux ou acquis).
- Fistule entérique non explorée.
- Infection : surveillance particulière de la plaie et des exsudats recueillis.

Données bibliographiques

- Le Franc B, Evaluation médico-économique coût-efficacité du système VAC dans la préparation chirurgicale des pertes de substances cutanées nécessitant une chirurgie de recouvrement au CHU de Nantes. Mémoire du DES de Pharmacie Hospitalière et des Collectivités, UFR Nantes, Septembre 2007.pp 98.
- Téot L, Castède JC, Lantieri L, Léger P, Meaume S. Modalités pratiques d'utilisation de la VAC Thérapie en milieu hospitalier. Rapport consensuel d'experts. J Plaies Cicatrisation, 2004Tome X vol44, p29-35
- Livre Plaies et cicatrisations, Editions Masson. 2005. Chapitre 10 Pansements, détersion, mise en décharge, p.231-247.
- La thérapie par pression négative dans le traitement des plaies Soins 782 ; janvier-février 2014
- Faure C, Dispositifs médicaux pour le traitement des plaies par pression négative en 2013, J Plaies Cicatrisation, 2013, Tome XVIII, Vol 91, p. 18-27

Toutes les informations contenues dans ce document sont communiquées à titre purement informatif et ne peuvent en rien engager la responsabilité d'EURO PHARMAT.